FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 1923 № 15

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

TUMEURS SOLIDES PARANEPHRETIQUES

THÈSE

pour

le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue

par

LÉON GEOFFROY

Président : Mr. SENCERT, Professeur.

1923

Imprimerie Gutenberg, Strasbourg

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

15

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

TUMEURS SOLIDES PARANEPHRETIQUES

THÈSE

pour

le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue

par

LÉON GEOFFROY

Président : Mr. SENCERT, Professeur.

1923

Imprimerie Gutenberg, Strasbourg

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SENCERT

Directeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Strasbourg

Officier de la Légion d'Honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible gage d'affection filiale.

A TOUTE MA FAMILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen . . . . . MM. WEISS O. ✻ ⚲ I.
Assesseur . . . . . CHAVIGNY.

Professeur

Embryologie	MM. ANCEL ✻ ⚲ I.
Anatomie	FORSTER ⚲ A.
Histologie	BOUIN ✻ ⚲ I.
Physiologie	N . . .
Physique biologique	WEISS O. ✻ ⚲ I.
Chimie biologique	NICLOUX ⚲ I.
Anatomie pathologique	MASSON ⚲ A.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	AMBARD ⚲ A.
Hygiène, Bactériologie	BORREL O. ✻ ⚲ I,
Médecine légale	CHAVIGNY O. ✻ ⚲ I.
Clinique médicale	BARD O. ✻ ⚲ I. BLUM Léon ✻ ⚲ A.
Clinique chirurgicale	SENCERT O. ✻ ⚲ I. STOLZ ✻ ⚲ A.
Clinique ophtalmologique	DUVERGER ⚲ A.
Clinique dermatologique	PAUTRIER ✻ ⚲ A.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ⚲ A.
Clinique neurologique	BARRÉ ✻ ⚲ A.
Clinique oto-rhino-laryngologique	N . . .
Clinique gynécologique et accouchement	SCHICKELÉ ⚲ A.

Chargés de cours

MM. ARON Max ⚲ A.	MM. KELLER ⚲ A.
BELLOCQ ⚲ A.	LICKTEIG ⚲ A.
BLUM (Paul) ✻ ⚲ I.	WEILL ⚲ A.
CANUYT	REEB ⚲ A.
GELMA ⚲ A.	ROHMER ⚲ A.
GÉRY ⚲ A.	SCHAEFFER ⚲ A.
BOEZ	SCHWARTZ ⚲ A.
GUNSETT ⚲ A.	VAUCHER ⚲ A.
HANNS ✠ ⚲ A.	FONTES
HUGEL ⚲ A.	HUMBERT ⚲ A.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté, que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548028_0026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

Tumeurs solides paranéphrétiques

AVANT-PROPOS

Pendant ces quatre dernières années, nous avons eu la bonne fortune d'observer deux beaux cas de tumeurs solides paranéphrétiques, à la clinique chirurgicale de notre Maître, Mr le Professeur Sencert. La rareté de cette affection et surtout la difficulté que l'on a à la diagnostiquer nous font un devoir de présenter ces deux observations.

Nous nous efforcerons, au cours de ce travail, de faire toucher du doigt toutes les difficultés auxquelles on se heurte, lorsqu'on est appelé auprès d'un malade porteur d'une telle lésion; nous ferons avant tout une étude clinique de cette question, étude qui sera en quelque sorte le diagnostic différentiel de presque toutes les tumeurs solides de l'abdomen.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir agréable à remplir : celui d'adresser nos plus vifs remerciements aux Maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales avec tant de dévouement.

Nous devons un témoignage particulier de reconnaissance à notre maître, Mr le Professeur Sencert. De ses leçons cliniques, si attrayantes et si fécondes, nous avons pu sans cesse retirer un précieux enseignement. En acceptant la présidence de notre thèse, il nous donne une fois de plus la preuve de la bienveillance qu'il nous a si souvent témoignée; nous sommes heureux de pouvoir lui présenter aujourd'hui l'hommage de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Après le magistral rapport fait au Congrès français de Chirurgie de 1919 par Mr le Professeur Lecène, il nous semble inutile de traiter à nouveau toute la qusetion des tumeurs paarnéphrétiques; ce travail n'aurait aucun intérêt s'il n'était fait que de redites. Nous ne relèverons donc ici que les réflexions que nous ont suggérées ces deux observations, en nous permettant toutefois d'insister sur certains points généraux, dans le seul but de faire mieux connaître ce chapitre encore obscur de la pathologie.

Et tout d'abord, qu'est-ce qu'une **tumeur paranéphrétique?**

C'est un néoplasme rétropéritonéal, en connexion intime avec la paroi abdominable postérieure, développé dans la région rénale, aux dépens du tissu graisseux de l'espace prévertébral et plus particulièrement de la capsule fibreuse et de l'enveloppe cellulo-adipeuse du rein.

Telle est la définition classique de ces tumeurs; reste à voir si elles constituent, au milieu des autres tumeurs rétropéritonéales, un groupe clinique bien homogène, et si le terme de « **paranéphrétique** » donne au diagnostic une valeur particulière, plus grande que celle que l'on attribue au simple mot de « **rétropéritonéal** ».

Nous supposerons comme la symptomatologie de cette affection; aussi, nous contenterons-nous d'étudier ici les symptômes qu'ont présentés nos deux malades, en établissant pour chacun d'eux le diagnostic différentiel qu'il a fallu discuter au moment de l'examen clinique.

En parcourant la littérature écrite à ce sujet, on est frappé par cet aveu unanime, à savoir que les erreurs de diagnostic ne sont plus à compter : tumeurs de l'ovaire, du mésentère, du rein, de la rate, voilà par ordre de fréquence les confusions que l'on fait.

Quelle en est donc la cause?

Cela tient tout d'abord à ce fait bien simple que les tumeurs paranéphrétiques n'ont pas de symptômes positifs bien particuliers. Le début trop souvent insidieux, au point que le ma-

lade ignore où a débuté son mal, la douleur très rare, les phénomènes de compression exceptionnels, malgré les dimensions énormes que peut prendre la tumeur, ce sont, comme dit Mr le Professeur Lecène, des caractéristiques « négatives ».

La palpation de l'abdomen révèle bien une tumeur pararénale quand on a la chance de pouvoir l'observer au début, par ce fait qu'elle donne presque toujours le contact lombaire; mais comment, par ce simple examen, différencier cette tumeur des néoplasmes propres du rein?

La percussion qui révèle une aire de matité correspondant à la tumeur, et le plus souvent, une zône de sonorité en avant d'elle, ne permet pas non plus de trancher toujours nettement en faveur d'une tumeur paranéphrétique ou d'un lipôme mésentérique, par exemple. D'ailleurs, cette bande sonore, colique dans la grande majorité des cas, n'est pas toujours présente; en cas de grosse tumeur, le colon peut se trouver complètement aplati, prenant alors la forme d'un ruban mat à la percussion. Nous verrons plus loin comment on peut mettre en évidence cette sonorité colique; mais pour cela, il faut y penser sans quoi l'erreur devient inévitable.

Et puis, une des raisons principales qui fait passer si souvent à côté du diagnostic, c'est que ces lésions sont rarement observées, et par le fait même encore peu connues du praticien.

Ce chapitre de pathologie étant beaucoup plus du domaine de la chirurgie, l'opérateur se trouve par là-même plus averti, et lorsque le diagnostic exact de la lésion vient à être posé avant l'intervention, c'est la plupart du temps au chirurgien que revient cet honneur.

Maintenant que nous avons signalé les pricipaux motifs pour lesquels le diagnostic de ces tumeurs reste si souvent en suspens, nous allons nous occuper de rechercher si, par un examen méthodique de l'abdomen et, s'il y a lieu, des différentes fonctions des viscères abdominaux, il n'est pas possible d'éviter ces erreurs trop souvent commises; le malade serait alors opéré avec plus de chances de succès, et le chirurgien s'épargnerait ainsi les surprises et les aléas d'une simple laparotomie exploratrice.

Ire PARTIE

Observation I

Sch. L. — mariée — âgée de 55 ans

entre à la Clinique chirurgicale le 6 Septembre 1917.

Aucun antécédent héréditaire.

Réglée à 13 ans, elle a deux enfants — pas de fausses couches —à l'âge de 19 ans, en 1881, la malade eut une néphrite dont elle guérit bien.

Au début de 1914, forte métrorragie qui nécessita un curettage à la clinique gynécologique.

Depuis environ deux mois, la malade a la sensation qu'il se développe dans le côté gauche de l'abdomen quelque chose de mobile. Mais pas de douleurs — respiration et digestion normales — Elle remarque seulement qu'elle maigrit et que ses forces diminuent de jour en jour.

Le 27 août 1917, elle se fait examiner à la clinique gynécologique où elle reste quelques jours en observation; on pense, sans l'affirmer, à un *sarcôme de la rate.*

De là elle passe en médecine, puis en chirurgie pour opération.

A son entrée, le 6 Septembre, on constate les signes suivants: Femme en assez bon état de nutrition.

Ce qui frappe, en examinant la malade, c'est la saillie que forme le ventre au niveau de l'hypocondre gauche. A cet endroit, la paroi est tendue, mais pas de circulation collatérale

A la palpation de l'abdomen, on perçoit du côté g. et plongeant sous le rebord costal qu'elle soulève, une grosse tumeur assez régulière, mais de consistance variable: dure par endroits, molle surtout lorsqu'on se rapproche de l'ombilic.

La tumeur est mate dans toute son étendue.

Toucher vaginal: s. p. — Ménopause depuis 1916.

Examen des divers organes: s. p.

Urines normales. — Pas de douleurs à la miction.

Les selles sont régulières.

Opération: le 9 septembre 1917.

Anesthésie générale bien tolérée.

Laparotomie médiane avec incision transversale à gauche. A l'ouverture du péritoine pariétal antérieur, se présente immédiatement une grosse tumeur recouverte de péritoine. Le côlon descendant, refoulé vers la ligne médiane et aplati, la recouvre en partie.

On se trouve en présence d'une volumineuse tumeur rétropéritonéale, mobile, dure en certains points, en d'autres gélatiniforme.

On ne constate aucune adhérence avec les organes voisins: colon transverse, rein, urètre, rate.

On incise alors le péritoine postérieur sur la tumeur à peu de distance du bord inférieur et gauche du colon descendant, le long du feuillet avasculaire du méso, sur une longueur de 20 centimètres. On récline alors le colon descendant, et l'on pratique le décollement de la tumeur. Le néoplasme est enlevé d'un seul bloc.

On referme sans drainage.

Durée de l'opération: 40 minutes.

Suites opératoires :

Le jour même, injections d'huile camphrée, de caféine, de sérum physiologique.

10 *Septembre:* Etat général satisfaisant — le pouls est bon — on continue les stimulants — On change le pansement superficiel.

14 *Septembre:* La plaie secrète abondamment — l'état général s'améliore lentement.

30 *Septembre:* La plaie est fermée, excepté à l'une des extrémités, où il persiste une petite fistule.

10 *Octobre:* La fistule est tarie — la malade commence à se lever.

16 *Octobre:* Elle quitte la clinique.

Examen histologique: La masse tumorale pèse 11 livres. — On porte le diagnostic de :

myxo-lipôme rétropéritonal

Le 14 janvier 1918, la malade revient à l'hôpital: elle accuse, depuis environ 10 jours,des douleurs assez fortes dans la région supérieure gauche de l'abdomen.

Elle entre à la clinique.

A la palpation, on sent dans la région rénale gauche plusieurs masses tumorales que l'on considère comme des récidives.

8 jours après, la malade sort sans amélioration.

Plus de quatre ans après, le 6 juin 1922, elle se fait hospitaliser à nouveau.

Pendant ce long intervalle, elle vaque à ses occupations journalières; les douleurs ont disparu.

Ce n'est qu'à partir de juin 1920 que l'état général périclite. D'après ses dires :

le ventre augmente de volume depuis deux ans.— Anorexie complète depuis 1921 — aigreurs fréquentes — oligurie — constipation.

Depuis six semaines, vomissements environ 3 heures après les repas, se produisant presque chaque jour, et consistant en mucosités, jamais d'aliments.

Amaigrissement considérable.

A l'examen physique, on constate :

Une augmentation considérable du volume du ventre, attestant l'existence d'une tumeur de grandes dimensions. Malgré les dires de la malade, la paroi abdominale est encore très épaisse.

La palpation révèle une grosse tumeur, rénitente, localisée surtout dans la moitié gauche du ventre, mais empiétant à droite de la ligne médiane.

A la percussion: matité dans toute la moitié gauche, sonorité à droite — pas d'ascite.

En percutant doucement, on se rend compte qu'il existe, en avant de la tumeur, une bande sonore dont le trajet et les dimensions font penser au colon transverse.

Toucher vaginal: s. p.

Autres organes: *Poumons:* s. p.

Cœur: La pointe bat dans le 6e espace. Dans le 2e espace à droite, souffle systolique intense de rétrécissement aortique, d'origine athéromateuse.

Reins: traces d'albumine.

Pas d'œdèmes des jambes.

Opération: le 10 juin 1922.

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane, avec incision transversale à gauche un peu au-dessus de l'ombilic.

Une grosse tumeur dure et molle par endroits, apparaît recouverte de péritoine. Le colon tranverse, légèrement aplati, la croise obliquement en avant, de bas en haut et de droite à gauche.

On libère quelques adhérences vers le flanc gauche, et au niveau de l'ancienne cicatrice opératoire.

Incision du feuillet gauche du péritoine des colons descendant et sigmoïde, et décollement progressif assez pénible d'une grosse masse tumorale. Ablation d'autres masses lipomateuses, beaucoup plus petites, dans l'épaisseur du méso-sigmoïde.

Pendant le décollement, le colon transverse se déchire en son milieu.

On fait une entérorraphie circulaire.

En examinant l'abdomen, on trouve une 2e tumeur fibreuse, grosse comme une tête de fœtus, pédiculée et partant du milieu de la petite courbure.

On l'extirpe facilement.

Repéritonisation de la petite courbure.

Suture du péritoine des colons descendant et sigmoïde. Fermeture en un plan aux fils métalliques.

Suites opératoires

10 *juin:* température, 38°4; pouls 110; glace sur le ventre.

12 *juin:* température 39°; pouls 112.

La malade se sent assez bien; infiltration œdémateuse du flanc gauche.

16 *juin:* température 38° 4. Ablation des agrafes et des fils; en enlevant un fil métallique à la partie supérieure de l'incision, vers l'angle cicatriciel dont les bords sont un peu sphacélés, on exprime une grande quantité de liquide noir, sanguinolent, d'odeur fétide, mêlé de grumeaux, de pus, de graisse (environ 250 gr.)

On met un drain.

La paroi du flanc gauche est infiltrée.

21 *juin:* température 37° 5; irrigation continue au Carrel-Dakin.

Ecoulement encore très abondant. La malade a des gaz; selles avec lavements.

1er *juillet:* température 37°; une selle par en bas. La fistule donne toujours.

8 *juillet:* Quelques vents seulement passent par en bas.

La plus grande partie des matières passe par la fistule colique.

20 *juillet :* Plaie d'aspect meilleur; la malade mange, et digère bien. La fistule colique donne des selles formées. Rien ne passe plus par l'anus.

20 *juillet:* Plaie d'aspect meilleur, la malade mange, et digère colique. Il persiste une fistule sous-cutanée se dirigeant des bords de l'anus accidentel à 10 centimètres plus à gauche dans le flanc. La pression fait sourdre du pus. On met un drain.

14 *octobre:* Incision des trajets fistuleux.

On sent dans tout le côté gauche au-dessus de l'ombilic, une récidive de tumeur, grosse comme une tête d'enfant, très dure, immobile dans la profondeur. Etat général satisfaisant.

7 *décembre:* Sous anesthésie générale, on incise trois trajets fistuleux, vers le flanc, le pubis et l'épigastre. Dans cette dernière direction, le trajet passe sous le colon fistulisé. On débride vers le bas et on place deux gros drains sous le colon.

9 *janvier:* Assez bon état général. La malade a bon appétit. Localement, toujours beaucoup de pus évacué par la pression profonde.

Le ventre est dur, ballonné, mais indolore.

15 *mars:* La fistule donne toujours; état général médiocre.

15 *avril:* La tumeur prend de grandes proportions; la malade perd l'appétit; l'état général semble très infecté.

Examen de la tumeur

Examen macroscopique. — La pièce opératoire comporte une énorme masse mammelonnée, lobée, enveloppée dans une mince capsule, et une épaisse lame étalée sur l'estomac, et dont l'une des faces est moulée sur sa paroi externe.

De couleur jaune, à la fois molles et élastiques, ces tumeurs semblent formées exclusivement par de la graisse.

Après section, l'on se rend compte que leur texture est loin d'être aussi homogène qu'on le pensait après examen de leur surface.

La masse de chacune d'elles est divisée en lobes grossiers par des cloisons fibreuses, dont partent des expansions multiples qui recoupent ceux-ci en lobules imparfaitement séparés. Çà et là, la couleur jaune de la graisse disparaît et fait place par foyers à une teinte blanchâtre: tantôt ces régions incolores sont sèches et opaques, tantôt elles sont translucides, humides, poisseuses. D'autres points sont hémorragiques. Ces foyers d'aspect si divers sont de dimensions extrêmement variées; sans limites précises, ils se continuent avec le tissu adipeux franc.

Examen microscopique. — Dès le premier coup d'œil, on se rend compte que l'élément principal de la tumeur est la cellule adipeuse. Ses dimensions sont variables, souvent gigantesques. Ces cellules sont souvent 3 ou 4 fois plus larges que des cellules grasses normales. Tantôt elles sont étroitement entassées les unes sur les autres, tantôt elles sont séparées par un tissu conjonctif plus ou moins abondant suivant les points, et qui, par places, domine (régions blanchâtres).

Ce tissu conjonctif est dissocié par un liquide albumineux faiblement chargé de mucine. Il est riche en cellules d'un extrême polymorphisme.

Certaines de ces cellules, rameuses, anguleuses, sont semées de gouttelettes grasses plus ou moins nombreuses et volumineuses. On observe tous les stades de leur transformation en vésicules adipeuses.

D'autres, rameuses aussi, ne contiennent pas de graisse. Certaines sont petites et d'aspect conjonctif banal; d'autres sont plus larges, pourvues de prolongements protoplasmiques nombreux et

longs. Leur noyau est irrégulier de contours et hyperchromatique. Certaines sont gigantesques, pourvues parfois de 4 ou 5 noyaux monstrueux, bourgeonnants.

Ces diverses formes adipeuses et rameuses sont reliées par tous les intermédiaires possibles. Malgré son aspect complexe, la tumeur doit être considérée comme résultant de la prolifération d'une souche mésenchymateuse unique, à potentiels évolutifs variés. — C'est un **fibro-myxo-lipôme.**

Les monstruosités cellulaires observées sont en rapport avec une certaine malignité.

Nous avons dit, au début de ce travail, qu'en présence d'une tumeur paranéphrétique, l'erreur la plus courante était de croire à un néoplasme de l'ovaire; ceci laisse donc sous-entendre que cette affection frappe surtout le sexe féminin : en effet, les statistiques établies à ce sujet donnent une proportion de 70 p. cent.

C'est un fait qu'il faut enregistrer sans qu'on ait pu l'interpréter jusqu'à présent. Faut-il en chercher la raison dans ce fait que le tissu adipeux est plus développé chez la femme que chez l'homme, notamment au niveau de l'espace prévertébral, partant plus susceptible d'être impressionné par l'agent provocateur de la lésion? Simple hypothèse que nous mettons là en avant.

Dans l'observation que nous venons de décrire, il est mentionné qu'en 1917, la malade a d'abord été admise dans un service de gynécologie, ce qui fait penser qu'on a songé en premier lieu à une tumeur développée aux dépens des organes génitaux et de leurs annexes. Après une mise en observation de quelques jours, on écarte toute possibilité de tumeur génitale et on pense sans être affirmatif à un néoplasme de la rate; la radiographie n'ayant pas apporté de fait nouveau, on fait passer la malade dans un service de chirurgie où, sans poser de diagnostic précis, on décide de pratiquer une laparotomie exploratrice.

A la clinique gynécologique, l'examen donne des renseignements identiques à ceux qui nous sont fournis quelques jours plus tard par la clinique chirurgicale; nous n'y reviendrons pas.

Quant à l'examen des organes génitaux, il donne les indications suivantes :

Le toucher vaginal indique un utérus épaissi, en rétroflexion, et mobile. Les annexes sont libres. La tumeur, bien palpable à travers la paroi abdominale, ne peut être atteinte par le vagin.

Rien, dans ce cas, ne pouvait donc faire songer à la possibilité d'une tumeur développée aux dépens de l'utérus ou de ses annexes.

Mais existe-t-il des cas où l'on ne puisse pas être aussi affirmatif? Car il faut bien admettre que toutes les erreurs commises jusqu'à présent n'ont pas eu simplement pour cause un défaut d'observation ou un manque d'expérience, puisque bien des maîtres se sont déjà trompés.

Il est certes des cas, nous allons en parler, où le diagnostic différentiel entre une **tumeur paranéphrétique** et une **tumeur génitale** devient particulièrement difficile; et chose curieuse, c'est avec des kystes ovariens, c'est-à-dire des tumeurs liquides, que l'on confond le plus souvent les néoplasmes paranéphrétiques qui sont toujours des tumeurs solides.

En effet, les tumeurs solides de l'utérus, fibrômes ou fibromyômes se caractérisent par des signes fonctionnels si précis qu'ils ne peuvent prêter à confusion. Quant aux tumeurs solides de l'ovaire, elles sont rares : les fibrômes ovariens peuvent demeurer longtemps à l'état latent; leur volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus et quand ils traduisent leur présence, ce sont la plupart du temps des troubles de la menstruation qui ouvrent la scène; souvent aussi c'est l'augmentation de volume du ventre due à l'ascite concommittente qui éveille l'attention.

S'il n'y a pas lieu de s'étendre sur les tumeurs solides bénignes de l'utérus et de l'ovaire, à plus forte raison doit-on laisser de côté les néoplasmes malins de ces mêmes organes;

leur tableau clinique est si différent et si particulier qu'il est inutile de s'y arrêter ici.

Nous en arrivons donc aux **kystes de l'ovaire.**

A son début, la tumeur kystique est facile à diagnostiquer; ses rapports avec l'utérus sont précis et le toucher vaginal combiné au palper extérieur permet de l'explorer aisément : son pôle inférieur fait saillie dans un cul de sac du vagin sous la forme d'une tumeur arrondie, régulière, dont la surface est lisse et la consistance rénitente.

Jusqu'alors, les symptômes fonctionnels sont de peu d'importance : parfois, un peu de douleur due à des compressions nerveuses, des troubles de la menstruation, des envies fréquentes d'uriner, un peu de constipation, c'est tout ce que l'on peut noter en pareil cas.

Mais quand on est appelé près d'une malade porteur d'un kyste de l'ovaire à développement abdominal, c'est à l'exploration de l'abdomen et non plus au toucher vaginal qu'il faut avoir recours pour le dépister.

Par la palpation, on peut apprécier le voulme, la consistance liquide de la tumeur qui laisse percevoir sans difficulté la sensation de flôt.

La percussion, de son côté, révèle de la matité sur toute l'étendue de la tumeur; les flancs sont au contraire sonores, car ils sont occupés par l'intestin refoulé autour du kyste.

L'auscultation permet parfois d'entendre des souffles dus à la compression des gros vaisseaux.

Ici, le toucher bi-manuel ne peut pas être d'un grand secours, car le col utérin, remonté, entraîné par la tumeur est difficile à atteindre; de même, le pôle inférieur du kyste, relié par un pédicule à la corne utérine est trop élevé pour pouvoir être senti au bout du doigt.

Par contre, l'interrogatoire peut aider à poser le diagnostic; chez un malade qui s'est bien observé, on peut apprendre que la tumeur est montée en grossissant, et qu'il y avait au début de la pesanteur dans le bas ventre, peut-être même de la dysurie, de la dysménorrhée, en un mot des symptômes de kyste pelvien.

Mais admettons que le patient ne puisse fournir aucun renseignement sur le début de la maladie; le kyste pelvien n'a traduit sa présence par aucun symptôme fonctionnel notable; dans l'abdomen, il s'est développé à sa guise sans faire aucun trouble, si ce n'est de déterminer chez la malade un dépérissement de l'état général.

C'est donc sur les signes physiques qu'il faut se rejeter; aussi faut-il les rechercher avec le plus grand soin, car c'est d'eux et d'eux seuls que dépend l'exactitude ou l'erreur du diagnostic.

En présence d'une tumeur intra-abdominale quelle qu'elle soit, il faut pouvoir répondre à ces deux questions primordiales :

1° la percussion donne-t-elle un son mat ou sonore?

2° la tumeur est-elle solide ou liquide?

S'il ne s'interpose aucun organe creux entre le doigt percuté, ou si l'on veut, entre la paroi abdominale, et la tumeur en question, le néoplasme qu'il soit solide ou liquide, qu'il soit percuté doucement ou fortement, donnera toujours un son mat.

Par contre, s'il existe entre la paroi et la tumeur un segment intestinal, par exemple, le son émis sera différent, suivant qu'on aura pratiqué la percussion douce ou forte. Dans le premier cas, c'est l'intestin qui répondra par un son clair et sonore; dans le deuxième, ce sera la tumeur qui donnera un son mat.

Mais il est des cas où la percussion, aussi bien faite soit-elle, ne permet pas de déceler la présence d'une anse intestinale sonore au-devant du néoplasme : il s'agit alors d'une tumeur volumineuse qui a comprimé l'intestin au point d'en supprimer le tympanisme normal.

Le diagnostic devient alors, cela va de soi, beaucoup plus difficile, puisqu'il manque à l'observateur un élément très important, nous dirons même capital. Si, devant cette dernière alternative, on ne pousse pas les recherches plus avant, le diagnostic de tumeur rétropéritonéale est définitivement écarté, et l'erreur est commise.

Comment faut-il s'y prendre pour éviter cet écueil?

Le seul moyen est de penser à la possibilité d'un néoplasme rétropéritonéal, malgré l'absence complète de sonorité en avant de la tumeur. En somme, avant de rejeter ce diagnostic, il faut s'assurer que, sous le doigt qui percute, il n'existe pas de segment intestinal, segment qui est le plus souvent le colon transverse ou son angle splénique.

Pour cela, il faut pratiquer l'insufflation colique : une sonde rectale assez longue est adaptée à la soufflerie d'un thermocautère; on fait arriver de l'air dans le colon. S'il est aplati sous la paroi, il se distend et une percussion douce au niveau de la tumeur fait apparaître le tympanisme intestinal qui fait de suite place à une matité absolue si l'on percute fortement.

Si l'insufflation ne produit pas l'effet attendu, on est alors en droit, mais seulement à ce moment, de chercher un autre diagnostic.

Quant à savoir si la tumeur est solide ou liquide, il n'est pas toujours facile de le dire.; là aussi, il faut être très prudent, car trop souvent la pseudo-fluctuation des néoplasmes paranéphrétiques qui n'est en somme que de la mollesse et de l'élasticité a été confondue avec la vraie fluctuation des tumeurs liquides sous faible tension qui, elles, transmettent réellement un flot d'une main à l'autre, et plus facilement encore avec la rénitence des tumeurs kystiques tendues. C'est de là que viennent la plupart des erreurs commises jusqu'à présent.

Le seul moyen d'éviter cet écueil, c'est de rechercher minutieusement si l'on perçoit la sensation de flot : la main qui donne la chiquenaude doit faire nettement percevoir à l'autre un choc par contre-coup, dû à l'ébranlement moléculaire du liquide, ou tout au moins un déplacement en masse du contenu tumoral.

Si ce signe fait défaut, le diagnostic de tumeur kystique doit être abandonné.

Il n'y a pas longtemps encore, nombre de médecins pratiquaient, dans les cas douteux, des fonctions exploratrices; cette manœuvre est aujourd'hui rejetée et condamnée; elle expose à de grands dangers tels que celui d'une perforation in-

testinale. La ponction ne doit être pratiquée qu'en pleine connaissance de cause, lorsque le diagnostic de la lésion ne fait l'ombre d'aucun doute.

Ceci dit, laissons de côté cette partie du diagnostic différentiel, et voyons ensemble les raisons pour lesquelles on a pensé à la clinique gynécologique à une **tumeur de la rate.**

La malade, nous l'avons dit plus haut, entre à l'hôpital se plaignant de douleurs dans le côté gauche; elle accuse un amaigrissement considérable et progressif depuis quatre mois. A la palpation, on sent une grosse tumeur au niveau de l'hypocondre gauche, tumeur dure, bosselée, dont la matité remontant assez haut se perd sous les fausses côtes.

Y a-t-il dans cette symptomatologie de quoi faire songer à une tumeur de la rate?

Eliminons de suite les néoplasmes bénins de cet organe, car ils intéressent davantage l'anatomo-pathologiste que le médecin, étant la plupart du temps des trouvailles d'autopsie. Les fibrômes, lipômes, angiômes que l'on a décrits sont des tumeurs très rares, et ne présentent pas d'intérêt particulier.

Une des tumeurs primitives de la rate les plus fréquentes est le sacrôme: les deux premiers cas qui aient été publiés sont signalés par Weichselbaum en 1881; dans ces deux observations, la lésion ne fut découverte qu'à l'examen nécroptique. Ce n'est que plus tard que cette affection fut étudiée plus à fond; le diagnostic put alors être posé au lit du malade et l'intervention chirurgicale, la splénectomie, faite aussitôt que possible, fut dans quelques cas suivie de guérison.

Le sacrôme de la rate se développe insidieusement, et à sa période d'état, un des seuls signes cliniques observés est l'existence d'une tumeur, en général volumineuse, de l'hypocondre gauche. Le néoplasme déborde les fausses côtes; il est dur au palper; sa surface est irrégulière : elle semble recouverte de nodules plus ou moins volumineux qui enlèvent à la rate son poli habituel. Son bord antérieur est net et aigu et présente les encoches caractéristiques de toutes les affections spléniques.

Tous ces symptômes physiques, nous les retrouvons dans l'anamnèse de notre malade, à part le dernier; et comme l'exa-

men fait quelques jours plus tard à la clinique chirurgicale ne donne pas non plus de précision sur ce point, nous pouvons conclure que ce symptôme n'existait pas, sans quoi il n'eût pas manqué d'attirer l'attention des différents observateurs.

Un autre signe important, quoique négatif, qui permet d'aider au diagnostic, c'est l'absence de contact lombaire dans les tumeurs de la rate; ce symptôme n'a pourtant pas une valeur absolue au point de vue du diagnostic différentiel des néoplasmes spléniques et des tumeurs paranéphrétiques, car lorsque ces dernières acquièrent de grandes dimensions, elles peuvent ne pas offrir le contact lombaire.

Il est un dernier signe caractéristique des tumeurs de la rate, signe de grande valeur parce qu'il est constant : c'est la constatation d'une sonorité normale dans la région lombaire, cette région étant d'une matité absolue dans le cas de tumeur paranéphrétique.

L'observation de la patiente ne donne aucune précision sur ces différents points.

Quant à l'examen du sang, il n'a pas été fait. Il n'aurait d'ailleurs fourni aucune indication :

1° parce que, dans le cas particulier, il ne s'agissait pas d'une affection de la rate;

2° parce que la leucocythémie qui caractérise toutes les splénopathies en général, manque bien souvent dans le cas de sarcôme de la rate.

En résumé, les symptômes observés pendant la mise en observation de la malade ne pouvaient suffire à faire songer à la possibilité d'une tumeur de la rate. Aucun des signes physiques relevés ne permettait d'être affirmatif; le diagnostic ne pouvait donc que rester en suspens.

En sortant de la clinique gynécologique, la malade entre en chirurgie où elle reste six semaines. Trois mois après son départ, elle se fait hospitaliser à nouveau; huit jours après, elle sort sans amélioration. Ce n'est qu'après un intervalle de quatre années qu'elle revient à la clinique chirurgicale.

Durant ces différents stages, que nous apprennent et l'interrogatoire et les examens successifs de la malade?

En 1917, les symptômes observés ne diffèrent pas de ceux constatés peu de temps avant, en gynécologie.

En 1918, douleurs abdominales à gauche; au palper, on sent dans la région rénale gauche plusieurs masses tumorales.

En 1922, en plus d'une tumeur considérablement augmentée de volume pendant cet intervalle de quatre années, viennent s'ajouter quelques troubles fonctionnels : aigreurs, vomissements fréquents, diminution de la quantité d'urine, constipation légère, mais ni douleurs, ni oedèmes; à cette époque, les symptômes physiques révèlent une tumeur mate, occupant surtout la moitié gauche de l'abdomen, de consistance variable, dure par endroits, rénitente en d'autres; en percutant légèrement, on constate une bande sonore colique en avant du néoplasme.

Des observations prises en 1917, nous ne retiendrons rien, car elles ne renferment en elles aucun renseignement positif précis qui puisse éclairer un diagnostic; seul l'examen microscopique de la pièce opératoire fait à cette époque nous donne, en quelque sorte, la clef du mystère; il s'agissait alors d'un **myxo-lipôme rétropéritonéal.**

En possession de ce diagnostic anatomo-pathologique, et sachant que trois mois après la première intervention, la malade présentait déjà de nouvelles masses néoplasiques dans l'abdomen, nous n'avons pas eu grand peine en 1922, à poser le diagnostic précis de la lésion. La présence d'une bande sonore en avant de la tumeur, symptôme capital pour préciser le siège rétropéritonéal de la lésion, n'a fait d'ailleurs que confirmer le diagnostic histologique.

Nous savons dès lors qu'il s'agit d'une tumeur rétropéritonéale à tissus multiples. Est-ce suffisant ou devons-nous préciser davantage le siège antaomique de la tumeur, car les néoplasmes rétropéritonéaux sont loin de se ressembler tous, chacun ayant, suivant son mode de développement, sa symptomatologie propre et sa dénomination particulière ?

Par tumeur **rétropéritonéale,** il faut entendre un bloc tissulaire né en arrière du péritoine pariétal postérieur, et adhérent intimement à la paroi abdominale; cette fixation se comprend d'ailleurs facilement, car il faut à la tumeur un point d'appui

solide pour lui permettre de se développer en avant, trop à l'étroit qu'elle est dans cet espace qui reste néanmoins son véritable habitat.

La place exacte qu'elle y occupe est variable; étant donnée la longueur même de cet espace qui s'étend du diaphragme au plancher pelvien, le néoplasme peut siéger dans une des deux régions lombaires, ou s'installer dans l'une ou l'autre fosse iliaque; il peut même se rencontrer dans le bassin, s'implantant alors sur le sacrum.

Né de l'espace prévertébral, il est même susceptible de s'insinuer ultérieurement entre les deux feuillets du péritoine pour les écarter peu à peu et atteindre le bord mésentérique de l'intestin grêle.

Mais, au lit du malade, quand on se trouve en présence d'une de ces tumeurs ayant envahi tout l'abdomen, il est impossible de deviner les connexions postérieures du néoplasme, et d'en déterminer ainsi le point d'origine. Il faut alors avoir recours à d'autres éléments d'appréciation et ceux-là nous sont fournis par l'examen minutieux de la malade.

Chez notre patiente, on se rend facilement compte que la tumeur est nettement développée dans la région lombaire gauche, et cachée en partie par les fausses côtes.

Peut-il s'agir d'une **tumeur mésentérique** à proprement parler, c'est-à-dire d'un néoplasme né de la partie antérieure, lamellaire de ce méso, ayant gagné dans son accroissement l'espace prévertébral? Ou bien avons-nous affaire à une tumeur née de cet espace qui, au cours de son évolution, aura refoulé en avant d'elle le colon transverse et son angle splénique, ou se sera même insinuée entre les deux feuillets du péritoine pour venir se faire coiffer en quelque sorte par l'intestin grêle?

Ces deux modalités de développement aboutissent, il est vrai, à des dispositions anatomiques à peu près semblables; aussi n'est-il pas toujours aisé de les dissocier l'une de l'autre.

Dans le cas qui nous occupe, cependant, il ne semble pas qu'il faille s'arrêter au diagnostic de tumeur du mésentère. En effet, ce genre de néoplasme se manifeste, à sa période d'état,

par des symptômes que nous ne retrouvons pas chez notre malade.

Un des premiers à signaler est la douleur, mais pas une douleur vague, sans localisation; le plus souvent, ce sont de violentes coliques abdominales qui sont tantôt la conséquence d'un changement brusque de position de la tumeur, tantôt de tiraillements nerveux sur les filets du plexus solaire; et ces phénomènes douloureux siègent en général au niveau de l'hypogastre, s'irradiant parfois du côté des membres inférieurs.

Un malade qui est atteint d'une tumeur du mésentère se plaint régulièrement de troubles du côté de l'estomac et surtout des intestins; il digère mal, n'a pas d'appétit, vomit de temps à autre. Au fur et à mesure que la tumeur augmente de volume, les fonctions intestinales sont de plus en plus atteintes; le malade accuse une constipation rebelle qui peut même aller jusqu'à de véritables crises d'obstruction intestinale.

Tout cela ne rappelle en rien les symptômes observés chez notre malade.

Quant aux signes physiques des tumeurs solides du mésentère, ils dépendent surtout du volume du néoplasme.

Malgré cela, on reconnaît ces néoformations, dans la plupart des cas, à leur situation médiane dans l'abdomen; le néoplasme fait généralement son apparition au niveau de l'ombilic, et ce symptôme acquiert une grande valeur rétrospective lorsque la tumeur a pris une telle extension qu'il n'est plus possible de dire, en l'examinant pour la première fois, quel en a été le point de départ.

Un autre signe important est la mobilité de la tumeur dans tous les sens, mais surtout dans le sens transversal. Cette mobilité se conçoit d'ailleurs très facilement; la tumeur développée dans le mésentère se déplace avec lui.

Ces deux symptômes, situation médiane et grande mobilité de droite à gauche, n'existent pas non plus dans notre cas; nous avons au contraire une tumeur abdominale développée en majeure partie à gauche de la ligne médiane, peu mobile, et n'ayant pour ainsi dire jamais fait de troubles fonctionnels sérieux.

Nous éliminerons donc la possibilité d'une tumeur du mésentère pour ne plus faire entrer en ligne de compte que l'hypothèse d'un néoplasme rétropéritonéal, né de l'espace prévertébral.

Mais à quel niveau s'est fait le point de départ? Dans la région lombaire, ou plus bas, dans une des fosses iliaques, ou même près du sacrum?

L'aspect du ventre dessinant une saillie marquée dans la région de l'hypocondre gauche est en faveur d'un néoplasme développé dans la partie haute de l'espace rétropéritonéal, aux dépens sans doute de ce tissu graisseux si abondant au niveau du rein, et qui constitue la loge rénale.

Il est, d'ailleurs, un argument qui milite en faveur de cette idée : c'est l'argument de fréquence.

En effet, la majorité des tumeurs rétropéritonéales, surtout ces énormes néoplasmes qui peuvent atteindre le poids extraordinaire de 40 et même 60 livres, naissent dans la loge rénale; leur développement est lent et progressif : elles s'infiltrent petit à petit autour du rein, et, suivant les caprices de leur évolution, cet organe reste libre, mais est alors repoussé, basculé, ou fait corps avec elles, en tout ou en partie. Dans son accroissement, la tumeur rencontre le péritoine pariétal postérieur et le gros intestin qu'elle refoule en avant.

Telle est, à notre avis, l'évolution qu'a dû suivre cette tumeur; car, admettre que cette dernière a poussé des prolongements dans les replis du péritoine, c'est se mettre en contradiction avec le tableau clinique lui-même qui ne signale la présence d'aucun trouble dans les fonctions intestinales.

Pour ces diverses raisons, nous pouvions conclure en 1922 qu'il s'agissait d'une tumeur « paranéphrétique », terme attribué depuis longtemps déjà à ce genre de néoplasmes.

Maintenant que nous sommes arrivés au diagnostic définitif il est bon de voir si, en adoptant cette terminologie, nous avons vraiment fait un pas de plus. Autrement dit, faut-il attacher à ce mot une valeur particulière?

Disons-le de suite, le terme de « **paranéphrétique** » a une valeur intrinsèque très grande, car à lui seul, il fait immédiate-

ment penser au rein, et partant à une lésion possible de cet organe; la ligne de conduite est alors toute tracée:

Dès qu'un observateur aura songé à la possibilité d'une tumeur paranéphrétique, à plus forte raison lorsqu'il en aura fait le diagnostic, il devra faire un examen complet de la fonction rénale; ces recherches auront pour but de l'avertir de la présence ou non d'obstacles qui pourraient surgir au cours de l'intervention chirurgicale. Si l'on s'aperçoit, pendant l'opération, que le rein fait corps avec la tumeur et doit être enlevé avec elle, il faut pouvoir affirmer à ce moment-là que l'autre rein est sain.

Voilà l'utilité de cette terminologie; le terme de **rétropéritonéal,** lui, n'a pas cet avantage de tenir en éveil; avec un diagnostic semblable, on s'attend bien à trouver une tumeur recouverte par le péritoine postérieur et les anses intestinales ou le colon; mais on oublie trop souvent de songer aux rapports si importants que peut présenter le néoplasme avec le rein.

Dans le cas qui nous occupe, nous n'avons pas fait cet examen, car dans l'observation prise en 1917, il n'est nullement fait mention que la tumeur était adhérente au rein. Nous avons donc pensé que cet organe était complètement indépendant du néoplasme; l'opération, faite en 1922, n'a d'ailleurs fait que confirmer notre manière de voir.

Nous en avons fini maintenant avec la discussion clinique de notre première observation; mais avant d'aborder l'étude de notre second cas, il nous reste un point très important à envisager: **c'est le traitement de cette lésion.**

Comment faut-il s'y prendre pour extirper une tumeur paranéphrétique?

Nous n'insisterons pas sur la nécessité qu'il y a, pour réclíner en dedans l'intestin quand il est accolé à la face antérieure de la tumeur, d'inciser le péritoine pariétal à son côté externe. Chaque opérateur sait, en effet, qu'une section en dedans exposerait à couper les vaisseaux nourriciers du colon qui sont situés sur le méso porte-vaisseaux, et à provoquer, au bout de quelques jours, une perforation du gros intestin par sphacèle, avec toutes les conséquences fâcheuses qu'elle comporterait.

La question qui se pose est la suivante:

En présence d'une tumeur paranéphrétique, faut-il **morceler** le néoplasme ou **l'extirper en bloc ?**

Chez notre malade, il s'agissait d'un néoplasme volumineux qui remplissait tout l'abdomen; aussi a-t-il fallu commencer par faire une large incision de la paroi pour se donner d'emblée un jour suffisant: laparotomie médiane avec incision transversale à gauche un peu au-dessus de l'ombilic. Ceci fait, on incise le péritoine postérieur qui recouvre la tumeur et on cherche à le décoller pour libérer celle-ci. Pensant pouvoir énucler le néoplasme, on sectionne quelques adhérences dans le flanc gauche et on pratique le décollement manuel en avançant prudemment, ce qui ne va pas sans difficultés. Ces manœuvres n'ayant pu être faites entièrement sous le contrôle de la vue, on dut, sans aucun doute, exercer des tractions sur le colon transverse très adhérent et même englobé dans la tumeur, ce qui a déterminé une déchirure transversale de cette partie du gros intestin.

Le **morcellement** eût-il donné de meilleurs résultats?

Certes, en enlevant le néoplasme par morceaux, du centre à la périphérie, on peut, à chaque instant, contrôler son propre travail; lorsqu'on arrive à la zône dangereuse, on a du jour, on voit ce que l'on fait, et il suffit, semble-t-il, pour éviter tout accident, de se tenir scrupuleusement au contact de la tumeur.

Cette méthode a l'avantage d'être prudente; elle permet de n'enlever que ce que l'on veut enlever, et de léser aussi peu que possible les organes adhérents au néoplasme.

Malgré cela, elle n'est pas non plus sans inconvénients. Une tumeur aussi volumineuse n'est pas sans saigner quand on l'enlève par tranches, d'où hémorragies possibles. Et puis, ces néoplasmes ne sont pas tous bénins; on y a souvent constaté la présence de cellules sarcomateuses. L'étude microscopique de la pièce opératoire, faite par Mr. le Professeur Masson, montre d'ailleurs l'existence, au sein du tissu conjonctif qui, par endroits, sépare les cellules adipeuses les unes des autres, de cellules gigantesques pourvues parfois de quatre ou cinq noyaux monstrueux, bourgeonnants: ces monstruosités cellulaires seraient en rapport avec une certaine malignité.

Le morcellement peut donc avoir aussi pour conséquence la formation de métastases.

En outre, dans le cas qui nous occupe, le colon transverse était tellement adhérent à la tumeur que même en morcellant celle-ci, il eût fallu réséquer cette partie du gros intestin. Il est vrai qu'une résection n'a pas les inconvénients d'une déchirure.

Quelles conclusions faut-il donc porter ?

La complication sérieuse survenue au cours de l'intervention doit à l'avenir porter ses fruits, et nous devons en tirer cet enseignement, à savoir que l'extirpation d'une tumeur de ce genre doit être faite avec la plus grande prudence; il ne faut avancer qu'avec circonspection et repérer très soigneusement la situation qu'occupent par rapport à la tumeur les différents organes.

Dans le cas de tumeur petites, l'extirpation par énucléation en bloc de toute la masse semble être le procédé de choix; il a l'avantage d'être assez rapide; mais il faut toujours de la prudence, et avant toute chose, se donner un jour suffisant pour avoir sous les yeux la totalité du néoplasme.

Dès que la tumeur a acquis un certain volume, il semble au contraire, qu'il faille renoncer à cette méthode, car le cas devient d'emblée beaucoup plus difficile. Une tumeur de 16 livres et plus ne se développe pas dans l'abdomen sans contracter des adhérences souvent très serrées, avec tous les organes qu'elle rencontre sur son chemin; si donc l'opérateur a décidé d'enlever la masse en un seul morceau, il lui faut à chaque instant soulever ou faire soulever par un aide cet énorme bloc tumoral, afin de pouvoir présenter tendus, à ses doigts qui vont décoller ou à son bistouri qui va sectionner tous les tractus fibreux qui retiennent la tumeur. Ces manœuvres sont très fatigantes et offrent en outre le grand danger d'occasionner des déchirures viscérales et même vasculaires très importantes qui viennent, cela va sans dire, assombrir le pronostic.

Tout bien considéré, les dangers d'une extirpation en bloc l'emportent donc sur ceux d'un morcellement progressif.

A la question que nous avons posée plus haut, il est donc impossible de donner une réponse claire et précise qui puisse s'appliquer à tous les cas; c'set au chirurgien lui-même qu'incombe le choix du procédé qu'il doit employer pour extirper le néoplasme, et son choix doit être basé sur le volume de la tumeur qu'il a sous les yeux.

En résumé, nous avons présenté cette observation pour apporter à l'étude des tumeurs paranéphrétiques quelques éclaircissements, tant au point de vue du diagnostic différentiel que sous le rapport du traitement. Nous nous sommes attachés surtout à démontrer qu'en étudiant attentivement son malade, et en ne laissant de côté aucune des investigations susceptibles d'éclairer l'observateur, on ne doit plus confondre une tumeur paranéphrétique avec une tumeur génitale et surtout ovarienne, pas plus qu'avec une tumeur de la rate ou même du mésentère.

Nous avons aussi voulu faire toucher du doigt l'importance du terme « **paranéphrétique** », en montrant d'une part la précision qu'il fait naître dans l'esprit, en comparaison du vague que laisse l'expression trop large de **tumeur rétropéritonéale,** et d'autre part les surprises qu'il fait disparaître au cours de l'intervention chirurgicale.

IIe PARTIE

Observation II

Femme âgée de 55 ans.

entre à la clinique chirurgicale le 20 octobre 1919.

Antécédents héréditaires: s. p.

Antécédents personnels: Réglée à 14 ans; règles normales; la même année: rougeole et fièvre thyphoïde.

2 enfants bien portants; pas de fausses couches.

Histoire de la maladie. — Depuis quatre ans, la malade souffre dans la région de l'hypocondre gauche, et aussi en arrière dans la région lombaire du même côté.

Le médecin qu'elle a consulté au début des douleurs lui a fait remarquer qu'il existait dans cette région une petite tumeur, facilement palpable.

Depuis le début de juin, l'abdomen augmente lentement de volume, sans déterminer d'autres troubles fonctionnels qu'une constipation opiniâtre; aux dires de la malade, les selles n'ont été maintenues que par lavement quotidien.

Au point de vue général, la patiente sent ses forces décliner de jour en jour; elle accuse une perte de poids de 7 à 8 kilogs.

A son arrivée, nous constatons les signes suivants:

Femme en assez mauvais état de nutrition; état général médiocre.

A l'inspection, on se rend facilement compte que l'abdomen est fortement augmenté de volume, cette distension prédominant à gauche. Pas de circulation veineuse collatérale.

La palpation n'est pas douloureuse; elle révèle l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, assez inégale en surface, présentant des voussures irrégulières. La consistance est molle dans son ensemble; par endroits, cependant, le néoplasme est dur.

La masse est peu mobile; la palpation bi-manuelle donne très nettement le contact lombaire, et l'on a la sensation que la tumeur est adhérente au rein.

A la percussion, matité absolue; en recherchant le tympanisme intestinal, on trouve une zône de sonorité à droite de la ligne médiane ,corerspondant au colon ascendant et à l'angle hépato-colique.

Au niveau de l'ombilic et à gauche de la ligne blanche, en percutant doucement et très attentivement cette fois, on constate qu'il existe sur une largeur de quelques centimètres à peine, une bande sonore qui doit coiffer la tumeur, car la percussion forte la fait disparaître.

L'examen des autres organes ne présente rien de particulier. Le toucher vaginal indique un col petit, un utérus libre, mobile, des annexes libres.

Pas d'œdèmes des jambes.

L'analyse des urines, et l'examen complet de la fonction rénale restent négatifs.

Le 25 octobre, on pose le diagnostic de « tumeur rétropéritonéale paranéphrétique », et on décide d'opérer la malade le surlendemain.

Opération le 27 octobre 1919.

Anesthésie générale à l'éther.

Même technique opératoire que pour la première malade.

Décollement colique pariétal, et extirpation sous-séreuse d'une grosse tumeur rétropéritonéale, qu'on enlève en un seul bloc.

La plus grosse partie se trouve dans la région lombaire: on sectionne quelques adhérences avec la rate et l'angle splénique du colon. Puis on constate que le pôle supérieur du rein gauche est très adhérent à la tumeur, et fait pour ainsi dire corps avec elle. Dans l'impossibilité de cliver le rein d'avec le néoplasme, on sectionne ce pôle supérieur pour être bien certain de n'avoir pas laissé de tissu néoplasique.

Repéritonisation et suture en un plan.

Suites opératoires.

28 *octobre:* température 37° 5 matin et soir. pouls: 80

La malade se sent bien.

30 *octobre:* la plaie a très bon aspect; gaz et selle;

11 *novembre:* la plaie est complètement fermée.

1er *décembre:* la malade commence à se lever, elle a bon appétit; l'état général s'améliore de jour en jour.

20 *décembre:* le ventre est souple; aucune dolorosité.

la malade sort guérie.

Diagnostic histologique de la pièce opératoire

FIBRO-MYXO-LIPOME

A la lecture de cette observation, on se rend facilement compte qu'il existe entre ce cas-ci et le premier une différence très grande. Avant de nous arriver en 1922, la première malade avait déjà fait quelques stages dans différentes cliniques; elle avait subi une opération et le diagnostic histologique de la tumeur nous était connu. Ici, au contraire, nous sommes en présence d'un cas neuf, pour ainsi dire. La malade entre à notre clinique le 22 octobre 1919; c'est là sa première hospitalisation. La maladie pour laquelle elle vient se faire soigner ne date que de quatre mois; aussi ne s'agit-il pas de récidives. Nous sommes donc en présence d'une patiente dont l'examen est à faire en entier, et c'est à nous à poser le diagnostic.

Comment avons-nous procédé?

C'est ce que nous nous proposons de décrire à présent, et pour cela nous allons refaire ensemble le chemin qu'a suivi notre pensée lors de l'examen clinique.

Nous sommes en présence d'une malade porteur d'une grosse tumeur abdominale, mate dans toute son étendue, mais avec une bande sonore en avant d'elle; le néoplasme occasionne depuis quatre mois des douleurs dans le côté gauche, et provoque de jour en jour une asthénie plus marquée. La malade a beaucoup maigri; mais elle n'accuse aucun trouble si ce n'est de la constipation.

En présence d'un malade dont le ventre est augmenté de volume, il faut d'abord rechercher le siège de la lésion: **intra-** ou **extra-abdominal.**

S'agit-il ici d'une tumeur développé aux dépens de la paroi abdominale antérieure?

Pour le savoir, bien des procédés sont en faveur; le plus simple et aussi le plus sûr consiste à placer la malade dans le décubitus horizontal et à lui demander de s'asseoir sans le secours des mains; pour se faire, elle est obligée de contracter ses muscles droits abdominaux. Si, pendant ce temps, l'observateur palpe l'abdomen, il peut se trouver devant deux alternatives: ou bien la tumeur est encore perceptible par le toucher et elle n'en est même que plus accusée; il s'agit bien alors d'un néoplasme intrapariétal — ou bien elle fait place à un véritable plastron qui vient se mettre en avant d'elle et la rend absolument impalpable.

Dans le cas qui nous occupe, la tumeur avait complètement disparu.

Puisqu'il s'agit, à n'en pas douter, d'un néoplasme intra-abdominal, de quel côté devons-nous diriger nos recherches?

Ecartons de suite la possibilité d'une grossesse, la malade ayant déjà sa ménopause.

Dans cette grande cavité qu'est l'abdomen, les organes sont aussi nombreux que variés et il faut agir avec méthode. Le meilleur moyen de ne pas faire fausse route est d'aller du connu à l'inconnu, du facile au difficile. Prendre au hasard un viscère après l'autre, et comparer les lésions qu'il peut faire aux symptômes que présente la malade serait non seulement faire un travail dénué de tout intérêt et aride au possible, mais risquer au surplus de commettre de grossières erreurs.

Voyons donc, parmi les quelques rares symptômes que présente notre patiente, s'il n'en est pas qui vont nous guider et nous fournir matière au plan que nous allons avoir à suivre.

La première manifestation de la maladie a été la douleur, douleur lombaire assez vive même pour obliger la malade à consulter un médecin. A ce moment, c'est-à-dire quatre mois avant l'entrée de la malade au service, le praticien constate à gauche, dans la région les lombes, la présence d'une petite tumeur qui, au cours de son évolution, s'est mise en rapport

avec la masse intestinale puisqu'elle a produit des troubles de la défécation. Mais cette tumeur, probablement à point de départ rénal ou pararénal, comment en préciser la nature?

Ce sont ses caractéristiques mêmes qui vont nous diriger.

Sa consistance mollasse en certains points, dure et comme fibreuse en d'autres, sa forme assez irrégulière, d'apparence multilobée, cette absence complète de fluctuation nous font écarter la possibilité d'une tumeur liquide.

Nous sommes donc en présence d'un néoplasme solide.

Aux dépens de quel tissu s'est-il développé?

Il nous faut ici mettre au premier plan un symptôme physique capital révélé par la palpation de l'abdomen: c'est la constatation entre la paroi abdominale antérieure et la tumeur proprement dite d'une bande sonore étroite et transversale.

A quoi peut-être dû ce cordon qui vient ainsi coiffer le néoplasme?

Sa forme, son volume, la place qu'il occupe et son orientation doivent nous faire penser à l'angle splénique du colon et du colon transverse.

Si nous soulevons par la pensée cette partie du gros intestin, qu'allons-nous trouver?

Chez un sujet normal, une coupe frontale de l'abdomen, au niveau de l'ombilic, montre en arrière de la masse intestinale, et la séparant de la paroi abdominale postérieure, le feuillet postérieur du péritoine pariétal.

Chez notre malade, à part l'existence de cette tumeur, la topographie de cette région est sensiblement la même; aussi devons-nous retrouver, sous le colon transverse, ce même feuillet séreux qui le sépare de la tumeur.

Nous pouvons donc conclure que le néoplasme est situé tout entier en arrière du péritoine postérieur; autrement dit, nous avons affaire ici à une tumeur **rétropéritonéale.**

En affirmant le siège rétropéritonéal de la lésion, nous venons de faire un grand pas en avant. Il nous est permis dès maintenant d'éliminer d'emblée les tumeurs solides du **grand épiploon,** car un de leurs caractères importants fournis par l'examen physique est la matité absolue qui existe au devant de

ces néoplasmes; ils refoulent en effet derrière eux tout le paquet intestinal et aucune anse ne vient s'interposer entre eux et la paroi antérieure.

Puisque la tumeur est tout entière rétropéritonéale, il a fallu de toute nécessité qu'elle se développât soit en arrière de la séreuse, soit dans un de ses prolongements :

En arrière du péritoine, c'est-à-dire dans cet espace prévertébral qui va du diaphragme au petit bassin.

Dans un de ses prolongements sérieux, nous avons surtout nommé le mésentère.

Dans la première hypothèse, quel a pu être le point de départ du néoplasme?

En avant de la colonne vertébrale et derrière le péritoine, se trouve une cavité constituée en grande partie par du tissu adipeux; au niveau de la région lombaire, elle abrite un organe très important, le rein. La tumeur ayant fait son apparition à gauche dans une région occupée normalement par cet organe, il est possible qu'il s'agisse d'une **tumeur rénale,** d'autant plus que le néoplasme offre le contact lombaire.

Arrêtons-nous donc à ce diagnostic et discutons-le.

Les tumeurs **bénignes** du rein sont exceptionnelles; la littérature n'en cite que de très rares observations. Ce sont pour la plupart des lipômes, noyaux graisseux de la dimension d'une cerise à un œuf, occupant la région corticale de préférence. Leur petit volume et leur bénignité n'en font jamais que des trouvailles d'autopsie; aussi n'offrent-elles pour nous aucun intérêt. Nous les éliminons de suite.

Quant aux tumeurs **malignes,** l'anatomo-pathologiste les divise en **épithéliomas** et en **sarcômes,** et il s'accorde avec la clinique pour reconnaître que les tumeurs du rein se rencontrent à deux âges de la vie, dans la première enfance et de 40 à 50 ans. On fait, en effet, en pathologie, une distinction fondamentale entre les tumeurs spéciales à chacune de ces deux périodes : l'épithélioma étant beaucoup plus fréquent chez l'adulte, alors que le sarcôme est une tumeur de l'enfant. Mais cette distinction n'a toutefois rien d'absolu, car elle comporte bien des exceptions.

Nous n'avons pas à faire ici un exposé des cancers de rein, d'autant plus qu'il nous faudrait par là-même entreprendre une étude histologique détaillée de ces néoplasmes, ce qui n'est pas notre but. N'oublions pas que nous sommes toujours au lit du malade, et que nous n'avons pas, comme l'anatomo-pathologiste, la tumeur entre nos mains, ni de microscope à notre disposition.

Aussi, pour ne pas sortir du cadre de notre sujet, nous bornerons-nous à rechercher si, parmi les symptômes que présente notre malade, il en est qui puissent faire croire à l'existence d'une lésion néoplasique du rein.

Trois symptômes principaux caractérisent ces néoplasmes; ce sont l'**hématurie,** la **tumeur lombaire** et la **douleur**; mais ces symptômes ne se trouvent pas toujours réunis chez un même sujet; aussi existe-t-il différentes formes cliniques selon que tel ou tel symptôme prédomine ou fait complètement défaut.

L'hématurie, avec ses caractères particuliers d'être spontanée, totale et indolore est le signe le plus fréquent et bien souvent le premier; mais comme il est loin d'être constant, son absence dans le cas qui nous occupe ne doit pas nous arrêter.

Chez notre malade, ce sont les deux symptômes de **tumeur lombaire** et de **douleur** qui ont ouvert la scène; nous avons affaire, au bout de quatre mois, à un néoplasme dont la surface est bosselée, la consistance inégale, qui offre le contact lombaire, et qui donne en avant de lui une zône sonore à la percussion.

Quant aux douleurs du début, à quoi faut-il les attribuer? Y a-t-il eu, à ce moment-là, compression des nerfs du plexus lombaire? C'est, à notre avis, l'hypothèse la plus vraisemblable, car l'obstruction de l'uretère par des caillots n'est pas de mise ici puisqu'il n'y a pas eu hématurie, et l'envahissement cancéreux des nerfs voisins du rein ne se produit qu'à une période très tardive de la maladie et non à son début.

Tous les caractères que nous venons d'énumérer parlent bien en faveur d'un néoplasme du rein; mais il en est un que nous n'avons pas encore cité, et qui va nous être très utile

pour départager les tumeurs rénales, c'est le **volume** du néoplasme.

Il nous permet, à lui seul, d'éliminer le **cancer** du rein, car **l'épithélioma à type rénal** n'est le plus souvent pas plus gros qu'une noix; un cancer de grandes dimensions, ce qui est rare d'ailleurs, arrive à peine à augmenter d'un tiers ou du double le volume du rein.

Il ne nous reste donc à envisager que deux possibilités :

Celle d'un **hypernéphrome,** et celle d'un **sacrôme,** deux lésions qui peuvent prendre chacune des dimensions considérables.

Au diagnostic de sacrôme du rein, nous ne nous arrêterons pas longtemps, car, indépendamment de ce que nous avons dit plus haut à propos de l'âge auxquels apparaissent ces néoplasmes, le tableau clinique de cette affection est assez différent du nôtre : la fièvre est habituellement la règle; les troubles de compression sont très fréquents parce que l'évolution est rapide; la cachexie débute très rapidement avant même que la tumeur soit cliniquement appréciable; et quand le néoplasme a atteint un gros volume, on observe fréquemment des noyaux métastatiques dans les autres viscères.

Reste donc à discuter le diagnostic d'**hypernéphrome.** Mais avant, il nous semble utile d'ouvrir une parenthèse pour donner une vue d'ensemble sur la nature de cette lésion.

Cette variété de tumeur décrite en 1883 par Grawitz qui la dénomma aussi « **pseudo-lipôme** », serait d'après lui :

« Un néoplasme développé non pas aux dépens du tissu rénal, mais de noyaux aberrants de la capsule surrénale, inclus pendant la vie fœtale au-dessous de la capsule propre du rein. »

Ces tumeurs seraient tantôt bénignes, tantôt malignes.

Les **hypernéphromes bénins,** très rares entre parenthèses, sont des adénomes de la dimension d'un pois à une cerise; restant nettement encapsulés, ils n'ont aucun caractère d'extension, et sont presque toujours des trouvailles d'autopsie. Parfois cependant, ils peuvent se développer et deviennent alors susceptibles de transformations malignes.

Les **hypernéphromes malins** sont des épithéliomas dont la structure rappelle en tous points celle des adénomes bénins; mais ils ont une tendance particulière à envahir les veines, peuvent atteindre parfois un volume considérable et remplir alors presque tout l'abdomen.

D'après la théorie de Grawitz,ces hypernéphromes présentent des caractères macroscopiques, histologiques et chimiques absolument identiques à ceux des tumeurs malignes développées dans la capsule surrénale.

Voici en quelques mots la structure de ces néoplasmes d'après cet auteur :

« Des cordons cellulaires pleins diversement enroulés et « séparés par un stroma conjonctivo-vasculaire assez fin; les « cellules de ce stroma sont hautes, polygonales, infiltrées de « glycogène et de graisse; quand cette dernière substance a été « dissoute par les réactifs, ces cellules paraissent claires. »

La disposition périvasculaire des cordons cellulaires, la grande abondance de gouttelettes graisseuses, les caractères de cette graisse qui serait de la catégorie des lécithines, enfin la présence d'un axe conjonctif qui rappelle la partie centrale de la glande surrénale, ce sont autant de caractères qui, d'après Grawitz, rapprochent ces adénomes des adénomes surrénaux.

A l'heure actuelle, cette hypothèse tend à être rejetée par la majorité des auteurs, et **il ne semble plus possible d'admettre l'existence d'un épithélioma du rein à type d'épithélium surrénal.**

La cellule type de l'hypernéphrome que Grawitz assimile aux spongiocytes de la glande surrénale se rencontre très fréquemment dans les tumeurs d'origine rénale pure.

D'autre part, on retrouve souvent dans les « **pseudo-lipômes** » une architecture tubulaire ou papillaire, disposition éminemment rénale.

Quant à l'identité des lipoïdes du spongiocyte surrénal et de ceux de la cellule claire de l'hypernéphrome, elle ne semble pas établie jusqu'à présent.

En résumé, il n'existe plus à vrai dire qu'un seul épithélioma rénal : celui qui est développé aux dépens des tubes urinifères.

L'hypernéphrome doit être considéré comme un cancer du rein ayant peut-être pour point de départ l'épithélium des « **tubuli concorti** » qui est constitué, comme on le sait, par des cellules hautes et polygonales.

Les deux termes de **cancer du rein** et d'**hypernéphrome** ne doivent donc pas s'opposer l'un à l'autre; ce ne sont que deux variétés d'une seule et même lésion. Il semblerait alors logique, pour simplifier l'étude des tumeurs rénales, de supprimer purement et simplement le terme d'hypernéphrome.

Nous ne sommes pas de cet avis, car si l'étude histologique de cette affection a complètement modifié la théorie de Grawitz, les caractères macroscopiques de cette tumeur la distinguent nettement des autres épithéliomas du rein : Une énorme tumeur rénale qui envahit tout l'abdomen, chez un adulte, est un hypernéphrome.

Si donc, chez notre malade, nous songeons à la possibilité d'une tumeur rénale, c'est le diagnostic d'hypernéphrome que nous devons discuter, tous les autres néoplasmes du rein pouvant être éliminés pour les raisons que nous avons énumérées plus haut.

La symptomatologie de cette affection ne varie pas de celle du cancer du rein proprement dit; aussi est-il très difficile d'en faire le diagnostic au lit du malade autrement que par l'âge du patient. Puisque nous sommes ici en présence d'une adulte, nous avons le droit de parler d'hypernéphrome, si nous arrivons à prouver qu'il existe réellement une lésion du rein.

Pour cela, il ne nous reste plus qu'un moyen d'investigation : c'est le laboratoire.

Une tumeur rénale, si elle existe, ne peut avoir laissé le rein intact, et les altérations anatomiques qu'elle aura produites au niveau de la corticale ou de la médullaire doivent avoir à leur tour déterminé des modifications sensibles dans le fonctionnement du rein. Les renseignements que nous pourrons tirer de l'analyse de la sécrétion rénale nous permettront alors

d'affirmer l'existence d'une lésion du rein et le siège de cette lésion si les deux sécrétions diffèrent l'une de l'autre.

Si, au contraire, cette exploration fonctionnelle ne nous donne aucun résultat, nous pourrons en déduire que les reins sont intacts, et nous aurons alors le droit de rejeter à coup sûr la possibilité d'un hypernéphrome.

Nous avons donc fait chez notre malade un examen spécial de l'appareil urinaire, examen de l'urine et recherche de l'insuffisance rénale.

La quantité d'urine émise en 24 heures est de 1500 cm 3; de densité 1010, elle rougit le papier de tournesol; on y trouve des traces d'urobiline et d'indol.

Elle ne renferme aucun élément anormal : ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Etudié au point de vue histologique, le culot de centrifugation montre de petites cellules ovoïdes, avec un protoplasma granuleux et un gros noyau, probablement quelques éléments épithéliaux desquamés des tubes urinifères; à côté, des cellules en raquette d'origine vésicale, et, par ci par là, quelques grandes cellules pavimenteuses provenant sans doute de l'épithélium vaginal.

Mais ces cellules se trouvent dans la préparation en trop petite quantité pour qu'on puisse attribuer à ce fait une valeur quelconque.

Malgré des examens répétés, on ne trouve ni hématies, ni globules blancs, ni cylindres; et cette dernière constatation offre déjà un intérêt séméiologique important; elle indique que l'élément noble du rein, la cellule épithéliale, n'est pas atteinte.

Mais cet examen bactériologique et chimique ne suffit pas; il faut interroger le rein par des épreuves qui s'adressent à ses différentes fonctions.

La première que nous ayons faite a été **l'épreuve au bleu de méthylène;** l'élimination du bleu commencée dès la première demi-heure après l'injection a augmenté jusqu'à la 4e heure; puis la coloration bleue a persisté aussi intense jusqu'à la 12e heure environ pour décroître ensuite et disparaître enfin vers la 60e heure.

Donc, **pas de retard** dans l'élimination de la substance colorante.

Si maintenant, nous recueillons isolément, par le cathétérisme urétéral, l'urine de chaque rein, nous pourrons étudier la physiologie propre à chacun d'eux. Nous avons particulièrement, cherché à savoir comment se faisait l'élimination de l'urée, non pas que cette recherche ait une grande valeur si l'on étudie séparement les chiffres obtenus, car l'urée est une substance dont l'élimination varie d'un jour à l'autre, et proportionnellement à la quantité d'albumine ingérée; pour pouvoir tirer de cette étude des conclusions pratiques, il faut comparer les chiffres trouvés et voir s'ils diffèrent l'un de l'autre.

Dans notre cas, la recherche de la concentration uréique a donné pour les deux reins le chiffre normal de 20 grammes.

Un autre moyen très important de calculer la valeur fonctionnelle des reins est d'en établir la **constante uréo-sécrétoire;** il existe, en effet, un rapport étroit entre ce coefficient et la quantité de parenchyme rénal qualitativement sain. Ces recherches ont donné pour l'urine globale le chiffre normal de $K = 0,07$.

Nous voilà donc fixés; ni l'examen complet de l'urine, ni l'exploration fonctionnelle des reins n'ont pu nous donner la certitude qu'il existait une lésion rénale.

La tumeur qui nous occupe ne s'est donc pas développée aux dépens du rein; **il ne peut pas s'agir d'un hypernéphrome.**

Revenons donc à notre point de départ et voyons quel a pu être, dans cet espace prévertébral, le tissu d'origine de cette tumeur.

Le laboratoire ne peut plus nous être, à présent, d'aucun secours; c'est l'examen clinique seul qui peut nous renseigner.

Nous sommes en présence d'une tumeur abdominale qui s'est développée lentement et progressivement pendant près de 5 mois, ayant fait son apparition dans la région rénale gauche, et faisant une saillie marquée au niveau de l'hypocondre gauche.

Dans cette anamnèse, deux points sont à retenir:

1°) la connaissance du point d'origine;

2°) la constatation, au moment de l'admission de la malade, d'une tumeur développée dans le flanc gauche, et offrant le contact lombaire.

Toute l'évolution du néoplasme semble donc s'être faite du côté gauche, au niveau de l'hypocondre.

Quelles sont donc les tumeurs qui peuvent se développer dans la région lombaire, celles du rein mises à part bien entendu?

Pouvait-on penser à une **tumeur de la rate?** Evidemment non, puisqu'il s'agit ici d'un néoplasme rétropéritonéal.

A un **néoplasme du lobe gauche du foie?** Pas davantage, et cela pour la même raison; l'analyse des urines a d'ailleurs montré qu'il n'y avait pas de pigments biliaires.

Nous avons vu plus haut que **les tumeurs propres du mésentère** peuvent, dans leur accroissement gagner l'espace rétropéritonéal, mais leur point de départ, quand on a eu la chance de le constater, se fait au niveau de l'ombilic, ce qui n'est pas le cas ici.

Nous en arrivons donc à éliminer successivement les tumeurs du rein, du foie, de la rate, du mésentère; il ne reste plus en définitive que celles qui naissent aux dépens du **tissu graisseux périrénal et de la capsule fibreuse du rein.**

Il serait oiseux de décrire ici la symptomatologie de cette affection; le tableau clinique que nous offre notre malade cadre si bien avec l'ensemble des symptômes que présentent, dans la grande majorité des cas, les tumeurs paranéphrétiques, qu'il peut au besoin servir de modèle.

Comme on le voit, c'est une lésion qui évolue lentement, réduisant au minimum les signes généraux et les phénomènes de compression, malgré le développement considérable qu'elle atteint le plus souvent. Un signe caractéristique de ces néoformations, c'est l'absence complète de troubles du côté de l'appareil urinaire; l'urine reste normale en quantité et en qualité; le cathétérisme des uretères montre que le rein du

côté lésé reste sain et qu'il ne s'y fait jamais de désagrégation cellulaire.

Il ne faut pas en déduire, cependant, que l'examen fonctionnel des reins devient par là même inutile à pratiquer; ce serait une grave erreur. Pour une raison ou pour une autre, n'ayant même aucun rapport avec la maladie en cours, le cathétérisme peut devenir indispensable.

Admettons un instant, qu'il existe, chez la même malade, une lésion rénale cachée du côté droit — tuberculose par exemple — et une tumeur paranéphrétique développée dans la région lombaire gauche. L'examen fonctionnel des reins n'a pas été pratiqué; on opère la malade et on se trouve en présence d'un gros néoplasme qui adhère complètement au rein ou fait même corps avec lui. L'extirpation de la tumeur rend la néphrectomie inévitable; on croit la malade hors de danger, et peu à peu apparaissant successivement les accidents urémiques inévitables qui entraîneront bientôt un dénouement fatal.

Nous ne le répéterons donc jamais assez; l'exploration systématique préopératoire de l'etat des reins est indispensable si l'on veut éviter de faire courir au malade des risques sérieux.

Malheureusement, le diagnostic précis n'est pas toujours facile à faire; l'aspect du ventre est souvent uniformément augmenté de volume, sans qu'on puisse constater à l'inspection de saillie plus accentuée soit à droite soit à gauche; la tumeur ne donne pas non plus toujours le contact lombaire et l'interrogatoire ne donne souvent aucun indice sur le début de la maladie.

CONCLUSION

Puisqu'il en est ainsi, nous croyons utile de poser les conclusions suivantes:

Comme nous avons affaire à un genre de tumeur qui prête souvent à confusion, ne cherchons pas, si nous ne le pouvons pas, à compliquer les choses au risque de faire définitivement fausse route. Ce qui importe avant tout, c'est de fixer le siège du néoplasme; le point de départ passe au second plan.

Intervenir avec le diagnostic de tumeur rétropéritonéale en sachant que le rein opposé à la lésion est sain, n'est peut-être pas opérer avec un diagnostic très précis; mais comme le dit M. le Profeseur Lecène, c'est partir au moins avec l'assurance que l'on ne rencontrera pas d'obstacle grave au cours de l'intervention, comme celui que nous avons cité plus haut, par exemple. Quant aux autres éventualités qui pourraient surgir, l'opérateur est prêt à y parer.

Ce qui nous disions plus haut à propos des tumeurs paranéphrétiques, nous le redisons ici au sujet de tous les néoplasmes rétropéritonéaux, et nous formulerons cette loi qui ne devrait subir aucune exception: « QUI DIT TUMEUR RETROPERITONEALE DIT NECESSITE ABSOLUE D'EXAMINER LES REINS. »

On ne pourra jamais blâmer personne d'avoir pratiqué le cathétérisme urétéral et établi une constante pour une tumeur du mésentère.

Telles sont les réflexions que nous ont suggérées ces deux observations; c'est au lit du malade que nous nous sommes attachés à les étudier, car malgré l'importance du laboratoire en pareil cas, le problème que soulève cette affection est avant tout d'ordre clinique.

Au fond, le diagnostic de ces néoformations doit se faire par exclusion; et lorsqu'on la chance de constater que la tumeur prédomine soit à droite soit à gauche, il doit être basé sur

l'existence d'un néoplasme de la région rénale, non accompagné de modifications du côté de l'appareil urinaire.

Il nous reste à voir maintenant si nous pouvons tirer de nos deux cas quelques déductions intéressantes tant sur la **marche** que sur le **pronostic** de cette affection.

Chez nos deux malades, la tumeur a évolué lentement, surtout chez la première où le début de l'affection n'a pu être précisé; il en est en général ainsi: abandonné à lui-même, le néoplasme grossit lentement jusqu'au jour où l'augmentation de volume du ventre oblige à consulter un médecin; dans la plupart des cas, c'est le symptôme tumeur qui ouvre la scène, alors que la douleur et les signes fonctionnels font très souvent défaut. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'apparaissent les troubles organiques, et ceux-ci sont ordinairement fugaces et toujours hors de proportion avec le volume du néoplasme.

Quant au pronostic, il dépend tout entier de la nature histologique de la tumeur. Et à ce point de vue, il existe plusieurs variétés de tumeurs paranéphrétiques: lipômes — fibro-lipômes — myxômes — myxo-fibro-lipômes — sarcômes — fibro-sarcômes, etc....

Ce sont cependant les tumeurs **conjonctives** qui sont de beaucoup les plus fréquentes; la graisse s'y trouve en abondance sous forme de noyaux lipomateux; mais ces lipômes géants sont loin d'être toujours aussi bénins que ceux que l'on rencontre dans le tissu cellulaire sous-cutané; à l'examen microscopique, ils deviennet souvent suspects d'évolution sarcomateuse. Le pronostic devient alors beaucoup plus sévère.

Chez notre première malade, les différentes coupes faites dans la pièce opératoire n'ont jamais montré la présence de tissu sarcomateux ; cela ne permet pas cependant d'affirmer qu'il n'y avait pas de sarcôme, car en présence d'une tumeur aussi volumineuse, il eût fallu multiplier les coupes à l'infini pour être sûr de son diagnostic, ce qui est presque impossible.

On y a trouvé, par contre, des cellules gigantesques pourvues de plusieurs noyaux monstrueux. Ces monstruosités cellulaires expliquent les nombreuses récidives; à l'heure ac-

tuelle, d'ailleurs, la malade est encore en traitement à l'hôpital et l'on sent à la palpation une tumeur très grosse et très dure, au niveau de l'hypocondre gauche.

Le pronostic, dans ce cas, est donc mauvais; l'état général décline petit à petit, et s'il ne se produit pas de complications intercurrentes, la mort surviendra par cachexie.

Faut-il conclure qu'il eût été préférable de ne pas intervenir ici? Car le néoplasme, abandonné à lui-même, eût amené, assez rapidement d'ailleurs, un pronostic également fatal.

Evidemment non. Le chirurgien sait d'avance, dans les cas difficiles, quelle est l'importance de l'acte opératoire qu'il va entreprendre. L'ablation d'une masse néoplasique aussi volumineuse ne se fait pas sans déterminer, sur une malade déjà notablement affaiblie, un choc qui peut être grave; de plus, la possibilité d'infection, de lésions accidentelles des organes voisins sont des complications qui n'échappent pas à l'opérateur.

Toutes ces considérations ne doivent pas entrer en ligne de compte.

En présence d'une tumeur paranéphrétique, volumineuse ou non, nous pensons que l'indication opératoire est formelle; malgré la gravité de l'intervention, malgré le danger des récidives, car il ne faut jamais parler d'avance de cure radicale, il faut intervenir. Le bénéfice qu'on peut réaliser est certain; opérer, c'est souvent guérir son malade, parfois seulement le soulager, mais c'est alors au moins lui donner quelque temps de répit. Dans les cas très graves, on aura tenté impossible; dans d'autres moins sévères, les chances de survie auront compensé les risques de l'intervention.

Devant le plus mauvais cas qu'il soit possible d'imaginer, il faut avoir confiance en soi; avec une bonne technique opératoire, on ne doit pas désespérer du résultat final.

Quant à notre second cas, l'examen anotomo-pathologique de la tumeur a montré qu'il n'y avait aucun élément cellulaire susceptible de malignité. Les résultats opératoires ont d'ailleurs été excellents; la malade opérée depuis plus de trois ans

n'a plus jamais ressenti aucun malaise; l'état général est excellent; une pesée récente accuse une augmentation de poids de 20 kilogrammes depuis l'intervention.

Nous en avons fini avec l'examen des deux observations personnelles que nous avons publiées; espérons que cette étude d'ordre purement clinique portera ses fruits et fera mieux connaître à l'avenir ce chapitre de la pathologie.

Pour terminer, il nous reste à répondre à une des deux questions que nous avons posées tout au début de ce travail.

« **Les tumeurs paranéphrétiques constituent-elles un groupe clinique bien homogène?** »

Nous avons montré à maintes reprises, au cours de cet exposé, qu'il fallait souvent une grande finesse de diagnostic pour affirmer l'origine du néoplasme, et nous en avons conclu, malgré toutes les réserves faites sur l'importance qu'il faut attacher au terme de « paranéphrétique », qu'il importait surtout de connaître:

1° le siège anatomique de la tumeur;

2° la valeur fonctionnelle des deux reins.

Il faut néanmoins reconnaître que les tumeurs paranéphrétiques sont des **néoplasmes pariétaux de l'abdomen**, ayant leur symptomatologie sinon variée, tout au moins très particulière. Ces tumeurs pariétales, surtout lorsqu'elles n'ont pas encore acquis de dimensions considérables, offrent aux yeux de l'observateur des caractères bien définis, il est vrai peut-être plus négatifs que positifs; mais ceux-ci, si l'on en fait un tout, forment un tableau clinique à part qu'on doit pouvoir différencier de celui des autres tumeurs abdominales.

L'examen du malade n'est pas toujours facile; il demande souvent beaucoup de doigté et d'à propos; l'expérience est ici plus utile que jamais. Aussi pour un débutant, est-ce un problème souvent difficile à résoudre; mais s'il a bien présente à l'esprit cette question de la pathologie de l'abdomen, à savoir les tumeurs rétropéritonéales, il ne peut pas faire d'erreur grossière; tout au plus pourra-t-il tourner la difficulté en la supprimant.

Nous apprenons au dernier moment que Madame Sch. L., qui a fait l'objet de notre première observation, est décédée le 17 mai.

L'autopsie donne les renseignements suivants :

Tumeur rétropéritonéale développée dans la région périrénale gauche, du poids de 6600 grammes.

Infection secondaire dans la région de la fosse iliaque gauche (poche de pus de pyoganique.)

Diagnostie microscopique :

FIBRO-LIPOME

Quant à Madame C., notre seconde malade, elle est revenue à l'hôpital le 14 mai dernier.

A son entrée, on constate dans la région de l'hypocondre gauche une tumeur assez grosse, multilobée, de consistance moyenne.

La tumeur n'a produit jusqu'à présent aucun trouble fonctionnel ; la malade a d'ailleurs un très bon état général.

On pense à une récidive de tumeur paranéphrétique et on pratique l'examen fonctionnel des reins qui ne révèle rien d'anormal.

La malade est opérée le 17 mai.

Il s'agit bien d'un néoplasme paranéphrétique ; mais la tumeur, étant très adhérente au rein gauche, on est obligé de pratiquer la néphrectomie.

La pièce opératoire pèse 275 grammes : c'est un

LIPOMYSCOSARCOME

Index bibliographique

ADAM — Montréal Médical Journal, 1897, p. 527 et 620.

ALBARRAN ET IMBERT — Les tumeurs du rein, Paris, Masson 1903.

ALEXANDRE — Bull. de la Soc. Anat. 1901. p. 293.

AUGAGNEUR — Tumeurs du mésentère. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

BEGOUIN — Revue de chirurgie. 1898, p. 205.

BERARD et CAVAILLON — Lyon Médical, 1907, n° 1, p. 25.

BRAUN — Mediz. Gesell. in Göttingen. Sitzung 1er mars 1900.

BRUNTZEL — Berliner Klin. Wochenschrift, 1882, p. 745.

CADART — Thèse de Lille, 1902-1903.

CAIARDONI — La Riforma medica XXVII, n° 32, 1911, p. 873.

CESTAN — Gazette des Hôpitaux, 1898, p. 390.

GALIMIR — Thèse de Paris, 1895-1896.

GOURAUD — Bull. Société Anat. 1862, p. 263.

HARTMANN et LECENE — Trav. de chir. anat. clinique. 1903. 1re série, page 45. Paris, Steinheil.

» » — Congrès français de chirurgie, 1919, p. 279.

HERISSON — Thèse de Paris. 1908-1909.

HILDEBRAND — Deutsch. Zeitsch. für Chir. t. XL. 1895 p. 99.

HOMANS — Boston med. and surgical Journal. Vol. CVIII. 1883 n° 11, 8 mars, p. 241.

HUWE — Inaug. Dissert. Greifswald. 1904.

JEAUNEL — *in* Bauby et Daumic. Midi Médical. Toulouse 1893. p. 532.

MONOD — Bull. de la Soc. de chir. 1892. p. 681.
MORESTIN — Bull. de la Soc. Anatom. 1914, p. 157.
MORRIS — Surgical Diseases of the Kydney, London. 1901 p. 29.
MOYNIER — Mémoires de la Soc. de Biologie, 1850, p. 139.
NEUMANN — Wiener Klin. Wochenschrift, 1905, n° 27, p. 742.
OLSHAUSEN — *in Saurenhaus*, Centralbl. für Gynäk., Leipzig, 1890, n° 10.
PIQUAND et DREYFUS — Bull. de la Soc. Anat. 1909, p. 464.
PROUST et TREVES — Revue de Gynéc. et de chir. abdom. janvier 1908, p. 97.
PUPOWAC — Wiener klin. Woch., 1899, p. 45.
RAMBAUD — Thèse de Toulouse, 1904-1905.
REVERDIN — Congrès français de chirurgie, 1894, p. 704.
REYNOLDS et WADSWORTH — Annals of Surgery, 1906, p. 60.
ROLLESTON et TURNER — The Lancet, 1901, p. 1272.
ROSMANIT — Wien. klin. Woch. 1888, p. 221.
RYDER — Centralbl. für Gynäkol., 1891, p. 919.
SALZER — Wien. klin. Woch. 1888, p. 221.
SANGER — Archiv. für Gynäkol., Berlin. 1890, p. 302.
SAVIOZZI — Tumori, anno III. fasc. II, sept-oct. 1913, p. 207.
SKUTSCH — Correspondenzblätter der allg. ärtz. Vereins von Turingen, 1898, n° 12; d'après Bork, Arch. für klin. Chirurgie 1901, t. LXIII, p. 935.
SOULIGOUX — Bull. de la Soc. de Chir., 1903, p. 783.
TEMOIN — Bull. de la Soc. Anat. 1910, p. 112.
TERRILLON — Archives générales de médecine, 1885, p. 260.
THEVENARD — Paris Chirurgical, 1910, p. 837.
THIRIAR — Congrès français de chir. 1889, p. 319.
THOMAS — *in* Heyder. Arch. für Gynäk. 1890, p. 301.
TILLMANN — Hygiea 1891, t. I, p. 277.
VALSALVA — *in* Morgagni, De Sedibus et causis morborum, 1779. t. II, p. 317.

VAN DER WEER — Americ. Journal of Med. Sciences, 1892, t. CIII, p. 17.
WALSER — Allgem. Wien. mediz. Zeitung, 1881, n° 6, p. 63.
WIEGLESWORTH — Lancet, 1883, t. II, p. 1121.

Vu: Le Doyen
WEISS.

Vu: Le Président de thèse
SENCERT.

Vu et permis d'imprimer,
Strasbourg, le 1er Mai 1923,
Le Recteur d'Académie
S. CHARLÉTY.